

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE CLINIQUE TYPIQUE

pour les candidates au Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme (PFASF)

INSTRUCTIONS À LA CANDIDATE

Vous pouvez utiliser ce formulaire pour obtenir des preuves de votre expérience clinique dans un établissement de soins de santé (p. ex. un hôpital, une clinique ou une maison de naissance) où vous avez travaillé **comme sage-femme**. Cela s'avère particulièrement utile si l'établissement n'a plus de dossiers *détaillés* de votre expérience clinique.

Veuillez remplir la PARTIE I et transmettre un exemplaire de ce formulaire à l'établissement où vous avez travaillé comme sage-femme.

PARTIE I (à remplir par la candidate)

Nom au complet de la candidate :

Ancien(s) nom(s), le cas échéant :

Date de naissance :

Province/territoire où vous comptez exercer :

Nom de l'établissement de formation en pratique sage-femme :

Numéro d'étudiante, le cas échéant :

Date de l'obtention du diplôme :

J'autorise un représentant de l'organisme indiqué ci-dessus à divulguer aux responsables du Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme (PFASF) des renseignements qui seraient de nature confidentielle dans d'autres circonstances. Je reconnais que les communications entre les personnes de ces organismes concernant ma demande auprès du PFASF seront confidentielles entre les parties et je renonce au droit d'en connaître la nature.

Signature de la candidate :

Date :

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La candidate a présenté une demande de participation au Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme (PFASF) avec l'intention de s'inscrire en vue d'exercer la profession de sage-femme dans la province ou le territoire indiqué dans la PARTIE I. Ce programme de formation d'appoint préalable à l'inscription a pour objectif d'aider les sages-femmes formées à l'étranger à combler des lacunes sur le plan de leurs connaissances ou de leurs compétences liées à l'exercice de la profession de sage-femme au Canada. Pour être admissibles à l'inscription et à la participation au PFASF, les candidates doivent fournir des preuves de leur expérience clinique comme sage-femme.

Les évaluateuses du PFASF se serviront des renseignements qui figurent sur ce formulaire lorsqu'elles décideront si cette candidate est admissible à participer au PFASF. Une description de sa pratique clinique est une des façons dont une candidate peut être admissible au PFASF.

INSTRUCTIONS POUR L'EMPLOYEUR

REMARQUE : Si vous avez reçu ce formulaire par voie électronique, veuillez imprimer et remplir le formulaire. La candidate vous a autorisé(e) à fournir ces renseignements confidentiels et comprend que toute information que vous fournissez ne lui sera pas divulguée.

1. Veuillez remplir au complet la PARTIE II de ce formulaire.
2. Indiquez votre nom, votre titre et vos coordonnées dans la case désignée à cet effet à la fin du formulaire de référence. Ces renseignements sont essentiels. Nous pourrions communiquer avec vous pour obtenir de plus amples renseignements.
3. Signez et datez ce formulaire à l'endroit indiqué.
4. Veuillez retourner le formulaire directement au PFASF à l'adresse indiquée ci-dessous par la poste ou par messenger. Ne remettez pas le formulaire à la candidate ni à toute autre personne, car cela l'invaliderait.

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par la poste ou par messenger à :

Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme
a/s College of Midwives of BC
#210-1682 West 7th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique) V6J 4S6
Canada

Tél. : 604-742-2232 ou 1-888-642-2232 (sans frais)

Je vous remercie d'avoir fourni une référence pour cette candidate. Nous apprécions votre temps et vos efforts.

PARTIE II (à remplir par l'employeur)

1. Veuillez cocher la case ci-dessous qui décrit le statut d'emploi de la candidate :

- La candidate travaillait comme sage-femme à temps plein
 La candidate travaillait comme sage-femme à temps partiel

Autres commentaires :

2. Dates de début et de fin d'emploi de la candidate :

Début : (JJ/MM/AA) Fin : (JJ/MM/AA)

Autres commentaires :

3. Veuillez indiquer le titre du poste de la candidate et fournir une courte description de ses responsabilités comme sage-femme dans le cadre de ce poste.

4. Veuillez estimer le nombre de visites prénatales qu'une sage-femme ayant les états de service et occupant le poste indiqué ci-dessus effectuerait normalement par année durant la période d'emploi de cette candidate.

5. Veuillez estimer le nombre de visites postnatales qu'une sage-femme ayant les états de service et occupant le poste indiqué ci-dessus effectuerait normalement par année durant la période d'emploi de cette candidate.

6. Veuillez estimer le nombre d'accouchements qu'une sage-femme ayant les états de service et occupant le poste indiqué ci-dessus effectuerait normalement par année en tant que **sage-femme principale**¹ durant la période d'emploi de cette candidate.

7. Veuillez estimer le nombre d'accouchements qu'une sage-femme ayant les états de service et occupant le poste indiqué ci-dessus effectuerait normalement par année en tant que deuxième sage-femme (sage-femme auxiliaire) ou dans un autre rôle (autre que sage-femme principale) durant la période d'emploi de cette candidate.

Autres commentaires :

¹ Sage-femme qui a la responsabilité complète et non déléguée de fournir des soins et services à une femme et à son nouveau-né. La sage-femme principale est d'ordinaire responsable de gérer le travail et l'accouchement et de fournir les soins immédiats au nouveau-né. Dans le cas d'une complication, la sage-femme principale prend la décision de transférer la responsabilité des soins, coordonne le transfert, collabore avec le professionnel de la santé vers qui elle a dirigé la cliente et offre des soins de soutien après le transfert. L'étudiante supervisée qui assume le rôle de sage-femme principale est également incluse dans cette définition.

Nom et titre de la personne remplissant ce formulaire :

Nom de l'employeur :

Nom de l'établissement de soins de santé où la candidate a travaillé (si différent du nom de l'employeur) :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse de courriel :

Signature :

Date :